



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

**Logopedia, Parálisis Cerebral y
Envejecimiento: La elaboración y
puesta en práctica de un Protocolo de
Evaluación del Lenguaje no
estandarizado**



**TITULACIÓN DE LOGOPEDIA
TRABAJO FIN DE GRADO**

Alumna: Marina Vicente Nieto Tutor: Enrique González Martín

Junio, 2019

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1. Elaboración de la parte teórica.....	9
3.2. Elaboración de la parte práctica.....	10
3.2.1. Selección de los pacientes.....	10
3.2.2. Recogida de información.....	10
3.2.3. Pruebas de evaluación del lenguaje	11
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
4.1. Logopedia	14
4.1.1. Definición de Logopedia y perfil profesional del logopeda	14
4.1.2. Funciones del logopeda	15
4.2. Parálisis Cerebral.....	18
4.2.1. Definición de Parálisis Cerebral	18
4.2.2. Alteraciones. Comunicación y el lenguaje. La evaluación.....	19
4.3. Envejecimiento y Parálisis Cerebral.....	22
4.3.1. El envejecimiento fisiológico	22
4.3.2. El envejecimiento en la Parálisis Cerebral.....	25
4.3.3. La importancia de la Logopedia.....	26
5. DESARROLLO PRÁCTICO.....	27
5.1. Recogida y síntesis de la información.....	27
5.1.1. Matriz de Recogida de Datos	27
5.1.2. Aplicación del Cuestionario-Entrevista.....	27
5.1.3. Síntesis de la información.....	27
5.2. Aplicación de las pruebas de evaluación	31
5.2.1. Temporalización.....	31

5.2.2. Proceso de evaluación	31
5.2.3. Materiales.....	32
5.2.4. Corrección de las pruebas de evaluación	32
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
7. CONCLUSIONES	37
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
9. ANEXOS.....	41
Anexo 1. Matriz de Recogida de Datos	41
Anexo 2. Cuestionario-Entrevista	42
Anexo 3. Pruebas de Evaluación del Lenguaje No Estandarizadas.....	44
Anexo 4. Hojas de Registro.....	54

RESUMEN

Un elevado número de personas con Parálisis Cerebral precisa de una atención logopédica integral que les garantice una óptima calidad de vida. Asimismo, en la actualidad, la esperanza de vida de este colectivo ha aumentado considerablemente, por lo que las dificultades no pueden asociarse únicamente a la discapacidad, sino también al propio proceso de envejecimiento.

Centrándonos en el área del lenguaje, resulta complicado encontrar fuentes de evaluación estandarizadas que ayuden a establecer las necesidades específicas de estos individuos, y por consiguiente un plan de intervención adecuado. Por ello, se propone la elaboración de un Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado, formado por una Matriz de Recogida de Datos, un Cuestionario-Entrevista y diferentes pruebas de evaluación del lenguaje no estandarizadas inspiradas en otras ya existentes y dirigidas a la población envejecida sin discapacidad.

Finalmente, se procede a su puesta en práctica en *ASPACE Valladolid* a cinco pacientes con Parálisis Cerebral en edades adultas y avanzadas, obteniendo unos resultados alentadores.

Palabras clave: Logopedia, evaluación del lenguaje, Parálisis Cerebral, envejecimiento.

ABSTRACT

A large number of people with Cerebral Palsy need comprehensive logopedic attention that guarantees an optimal quality of life. Currently, the life expectancy of this group has increased considerably, so the difficulties must be associated with aging too. In the area of language it's difficult to find standardized evaluation tests that help to establish needs of this people, and also a good intervention plan. For this reason, we propose the creation of a non-standardized Language Evaluation Protocol, which consist of a Data Collection Matrix, a Questionnaire-Interview and different non-standardized Language Assessment Exercises inspired by others existing test and aimed at aged people without disability.

Finally, the Protocol is applied to five patients whit Cerebral Palsy and advanced ages in *ASPACE Valladolid*, obtaining encouraging results.

Keywords: Speech therapy, language evaluation, Cerebral Palsy, eging.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al Trabajo Fin de Grado llevado a cabo a lo largo del último curso del Grado de Logopedia en la Universidad de Valladolid.

Se trata de una asignatura transversal que se encuentra destinada a evaluar las competencias asociadas a la titulación. En ella, el alumno, a través de la elaboración del trabajo escrito, refleja los aprendizajes adquiridos a lo largo del Grado Universitario, siempre orientado y supervisado por un tutor.

De entre todas las posibilidades que puede adoptar el Trabajo Fin de Grado, se optó por la *modalidad A*, es decir, por la realización de un trabajo práctico sobre una patología determinada con sintomatología susceptible de recibir atención logopédica.

El tema fue acordado de forma conjunta entre el alumno y el tutor, y se seleccionaron como estudios principales la *Parálisis Cerebral*, por la posibilidad de acceso a personas con este tipo de discapacidad en ASPACE Valladolid, lugar donde se llevó a cabo de forma paralela el Practicum III; el *lenguaje*, por su importancia a la hora de garantizar una adecuada calidad de vida y por ser uno de los aspectos más afectados en las personas con Parálisis Cerebral; y el *envejecimiento*, por el aumento considerable de la esperanza de vida de este colectivo y por las modificaciones y/o alteraciones del lenguaje y de la comunicación propias de las edades más avanzadas.

Una vez escogidos los temas principales, se optó por la realización de la fundamentación teórica pertinente y por la elaboración y puesta en práctica de un Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado.

En la actualidad, existen diversas pruebas y tests estandarizados dirigidos a la evaluación del lenguaje y de la comunicación de las personas que se encuentran en la etapa de envejecimiento, sin embargo, resulta complicado hallar pruebas específicas que se destinen a este colectivo cuando además cuentan con una Discapacidad, como ocurre en el caso de las personas con Parálisis Cerebral.

A pesar de ello, se ha considerado que las pruebas existentes podrían ser de gran utilidad sirviendo de base para la creación de otras no estandarizadas, aunque sí adaptadas a las características especiales de cada individuo. De este modo, se

lograría obtener una información muy valiosa acerca de las necesidades específicas de cada paciente y se podría plantear un programa de Intervención Logopédica adecuado.

A lo largo del documento se exponen y se desarrollan los siguientes epígrafes:

En primer lugar, se plantean los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo de la realización del Trabajo Fin de Grado; y, seguidamente, la metodología utilizada para la elaboración de la parte teórica y de la parte práctica, compuesta por una Matriz de Recogida de Datos, un Cuestionario-Entrevista, y diferentes pruebas de evaluación del lenguaje no estandarizadas, inspiradas en otras ya existentes.

Posteriormente, se presenta la fundamentación teórica que respalda este trabajo. Y, a continuación, se desarrolla la parte práctica, donde se explica de forma pormenorizada el proceso de aplicación del Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado a cinco pacientes con Parálisis Cerebral en edades adultas y avanzadas.

Tras el desarrollo práctico, se destina un apartado a los resultados obtenidos y a la discusión. Y, en último lugar, se presentan las conclusiones finales, tomando como referencia los objetivos planteados al principio de la investigación.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo de la realización del presente Trabajo Fin de Grado son los siguientes:

- a) Realizar una revisión sistemática de artículos, libros y páginas web relacionados con los conceptos de *Logopedia*, *Parálisis Cerebral* y *envejecimiento* y elaborar la Fundamentación Teórica pertinente.
- b) Dominar las diferentes pruebas de evaluación del lenguaje existentes, destinadas a personas que se encuentran en la etapa de envejecimiento.
- c) Elaborar un Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado, compuesto por una Matriz de Recogida de Datos, un Cuestionario-Entrevista y diferentes pruebas de evaluación del lenguaje expresivo y comprensivo en todos sus niveles, adaptadas a personas con Parálisis Cerebral e inspiradas en pruebas y tests ya existentes destinados a la Tercera Edad.
- d) Implementar el Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado a cinco pacientes con Parálisis Cerebral en edades adultas y avanzadas.
- e) Extraer los datos de las hojas de registro de cada prueba y contemplar los resultados obtenidos en diversas gráficas ilustrativas tras la puesta en práctica del Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado.
- f) Contrastar las evidencias halladas en el estudio con la bibliografía existente.
- g) Reflexionar sobre la utilidad y eficacia práctica real del Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado implementado, así como de la posibilidad de creación de material de evaluación dentro de las competencias del logopeda.
- h) Justificar y reivindicar la importancia de la atención logopédica en personas con Parálisis Cerebral en edades adultas y avanzadas.

3. METODOLOGÍA

La metodología se encuentra dividida en dos subapartados bien diferenciados. Por un lado, encontramos aquella metodología seguida para la realización de la Fundamentación Teórica; y, por otro lado, aquella empleada para la elaboración del Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado.

3.1. Elaboración de la parte teórica

Para la realización la fundamentación teórica se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos, libros y páginas web durante los meses que abarca el segundo cuatrimestre del año académico 2018/2019.

La búsqueda de artículos se realizó a través de tres buscadores: *Google Académico*, *Dialnet* y *Pubmed*. Asimismo, se encontraron artículos procedentes de otras fuentes, como por ejemplo la *Página Web de ASPACE*.

Para poder efectuar esta búsqueda se emplearon palabras clave como: “Logopedia”; “Lenguaje”, “Parálisis Cerebral”; “Envejecimiento”; “Test Barcelona”, “PREP-R”, “Batería Ecco_Senior” y “Neurobel”. Y una combinación de todas ellas.

Durante la búsqueda se encontraron un total de once artículos, de los cuales, tras su lectura, quedaron seleccionaron únicamente siete, escritos en lengua española e inglesa, y cuya información resultaba pertinente para el presente trabajo.

Por otro lado, se procedió a la búsqueda de libros con las mismas palabras clave en el *Catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid* o *Catálogo ALMENA*, donde se seleccionaron aquellos disponibles en la Facultad de Ciencias de la Salud de Valladolid. Asimismo, se buscaron en Internet otros libros disponibles online, como por ejemplo el *Libro Blanco de la Logopedia*. En total se seleccionaron siete libros.

Por último, se accedió a información procedente de siete Páginas Web correspondientes a diferentes países, como por ejemplo la *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)* o el *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes De L'UE (CPLOL)*.

Cabe destacar que, durante todo el proceso de elaboración de la fundamentación teórica, así como para la recopilación de las referencias bibliográficas consultadas se

ha seguido el *Estilo Vancouver*, muy utilizado en la publicación de Ciencias de la Salud.

3.2. Elaboración de la parte práctica

El Protocolo de Evaluación del lenguaje no estandarizado consta de dos apartados: el primero, se encuentra dedicado a la recogida y síntesis de la información pertinente de cada paciente gracias a una Matriz de recogida de datos y a un Cuestionario-Entrevista; y, el segundo, se destina a las propias pruebas de evaluación del lenguaje en todos sus niveles, tanto en el ámbito expresivo como comprensivo.

En el presente epígrafe se muestra el proceso de elaboración del Protocolo, tomando como referencia unos criterios determinados para la selección de los pacientes susceptibles de formar parte del estudio.

3.2.1. Selección de los pacientes

Los criterios establecidos para la selección de los pacientes fueron principalmente estar diagnosticados clínicamente de Parálisis Cerebral, mantener una comunicación exclusivamente verbal-vocal y encontrarse dentro del rango de edad adulta o avanzada.

Finalmente, se seleccionaron un total de cinco pacientes residentes y/o usuarios de ASPACE Valladolid, cuyos tutores legales fueron contactados para la cumplimentación voluntaria del Consentimiento Informado necesario para poder llevar a cabo el estudio.

3.2.2. Recogida de información

3.2.2.1. Matriz de Recogida de Datos:

La Matriz de Recogida de Datos (Anexo 1) es un material de elaboración propia cuyo objetivo es recopilar la información más relevante de cada uno de los sujetos para la realización del estudio. En ella, queda reflejada información acerca de la identificación del paciente y la edad; los servicios de los que se beneficia en ASPACE Valladolid (residencia, centro de día y/ o terapias); atención logopédica recibida en la actualidad; forma de comunicación (verbal-vocal y/o utilización de SAAC); y datos de la Historia Clínica.

3.2.2.2. Cuestionario-Entrevista:

El Cuestionario-Entrevista (Anexo 2) es un material de elaboración propia, cuyo objetivo es obtener información más específica sobre el lenguaje y la comunicación de cada paciente.

Por un lado, el *cuestionario* consta de trece preguntas cerradas, cuyas opciones de respuesta son “Sí”; “No”; y “A veces/con dificultad” que deben contestarse de forma autónoma. Asimismo, cuenta con un apartado de “Observaciones” para realizar aclaraciones en caso de ser necesario.

Las preguntas del cuestionario siguen un riguroso orden de dificultad creciente, y hacen referencia a los prerrequisitos del lenguaje, al lenguaje expresivo, al lenguaje comprensivo y a los aspectos conversacionales de cada paciente.

Por otro lado, la *entrevista* consta de cuatro preguntas abiertas y dirigidas por la persona evaluadora. En ella, se pretende obtener una mayor información subjetiva acerca del lenguaje y de la comunicación con el entorno, haciendo hincapié en otros aspectos como la influencia del estado de ánimo o de las emociones, la necesidad o no de recibir atención logopédica en determinados aspectos, y si esta disciplina lograría o no una mejora en la calidad de vida de cada sujeto.

3.2.3. Pruebas de evaluación del lenguaje

Las pruebas de evaluación son de elaboración propia, aunque se encuentran inspiradas en otras estandarizadas, dirigidas a evaluar el lenguaje en el envejecimiento. Dichas pruebas son: Test Barcelona-R, Neurobel, Batería Ecco_Senior y PREP-R; y serán descritas en el apartado de Fundamentación Teórica.

El Protocolo elaborado consta de siete pruebas destinadas a evaluar los niveles fonético-fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático de cada individuo, tanto en el ámbito expresivo como comprensivo.

Cada una de las pruebas cuentan con una instrucción que describe y dirige en todo momento el proceso de evaluación, además de un ejemplo ilustrativo que potencia la comprensión del ejercicio por parte del paciente.

A continuación, se describen cada una de las pruebas, las cuales se pueden consultar en el Anexo 3.

FONÉTICA Y FONOLOGÍA

Prueba 1. Expresión. Inspirada en Neurobel.

Valora la capacidad de repetición del paciente. Está formada por diversos ítems de distinta complejidad que comprenden la producción de todos los fonemas.

Prueba 2. Comprensión. Inspirada en Neurobel.

Valora la capacidad de discriminación auditiva entre dos palabras, de modo que el paciente debe indicar si son iguales o diferentes fonológicamente.

MORFOSINTAXIS

Prueba 3. Expresión. Inspirada en la Batería Ecco-Senior.

Valora la capacidad de creación de oraciones de distinta longitud y estructuración a través del visionado de imágenes que manifiestan diversas situaciones.

Prueba 4. Comprensión. Inspirada en Batería Ecco Senior.

Valora la capacidad de comprensión oral de diferentes oraciones apoyándose en imágenes que manifiestan diversas situaciones, de modo que el paciente debe indicar si la oración producida representa fielmente a cada una de ellas.

SEMÁNTICA

Prueba 5. Expresión. Inspirada en el Test Barcelona-R.

Valora la capacidad de denominación de diferentes elementos representados en láminas.

Prueba 6. Comprensión. Inspirada en el Test Barcelona-R.

Valora la capacidad de designación, de modo que el paciente debe elegir entre dos láminas aquella que considere adecuada, tras escuchar la orden verbal producida por el logopeda.

PRAGMÁTICA

Prueba 7. Inspirada en el PREP-R.

Valora mediante la observación directa y la recogida de información diversos ítems de competencia pragmática.

Para facilitar el proceso de evaluación de cada prueba se dispone de unas Hojas de Registro (Anexo 4) en las que quedan reflejadas las respuestas ofrecidas por cada paciente y otras observaciones de interés. Además, para la correcta interpretación de las respuestas de cada sujeto, las Hojas de Registro cuentan con un apartado de consulta de las respuestas consideradas “correctas”, y otro apartado en el que poder asignar las puntuaciones correspondientes, que favorecerán a su vez el establecimiento de resultados finales.

Las puntuaciones asignadas a cada prueba de evaluación del lenguaje son las que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Puntuaciones de las Pruebas de evaluación del Lenguaje

NIVEL DEL LENGUAJE	PRUEBAS	PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN ITEM CORRECTO
Fonética y fonología	<i>Prueba 1. Expresión</i>	10	0,5
	<i>Prueba 2. Comprensión</i>	10	1
Semántica	<i>Prueba 3. Expresión</i>	15	1,5
	<i>Prueba 4. Comprensión</i>	15	1,5
Morfosintaxis	<i>Prueba 5. Expresión</i>	10	2
	<i>Prueba 6. Comprensión</i>	10	1
Pragmática	<i>Prueba 7.</i>	30	2
PUNTUACIÓN TOTAL = 100			

Como se puede observar, las pruebas de semántica y pragmática reciben una mayor puntuación por tratarse de los niveles del lenguaje que despiertan un mayor interés en el estudio de las personas que se encuentran en la etapa de envejecimiento.

En el siguiente epígrafe, se procede a la presentación de la Fundamentación Teórica que respalda este trabajo.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. Logopedia

4.1.1. Definición de Logopedia y perfil profesional del logopeda:

Según la RAE¹, la palabra Logopedia proviene del griego: λόγος / LÓGOS / “palabra” y παιδεία / PAIDEIA / “educación”, y se refiere al “conjunto de métodos para enseñar una fonación normal a quien tiene dificultades de pronunciación”.

Sin embargo, esta definición puede resultar incompleta, por lo que resulta imprescindible acudir a otras fuentes, como la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Audiología (AELFA-IF)², que afirma que “la Logopedia es la disciplina que engloba el estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones orofaciales, tanto en población infantil como adulta.”

Por otro lado, según el Comité Europeo de Profesionales de la Logopedia (CPLOL)³, el logopeda es “el terapeuta que asume la responsabilidad de la prevención, de la evaluación, del tratamiento y del estudio científico de los trastornos de la comunicación humana y de sus trastornos asociados. En este contexto, la comunicación engloba todas las funciones asociadas a la comprensión y a la expresión del lenguaje oral y escrito, así como a todas las formas apropiadas de la comunicación no-verbal”.

Y, por último, resulta necesario hacer referencia a la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)⁴, que completa el perfil profesional del logopeda afirmando que son aquellos que “trabajan para prevenir alteraciones de voz, lenguaje, comunicación, deglución y trastornos relacionados. Detectan, identifican, evalúan, diagnostican, remiten, y proporcionan tratamiento e intervención, incluyendo servicios de consulta y seguimiento, a personas de todas las edades con, o en riesgo de sufrir alteraciones del habla, voz, lenguaje, comunicación, deglución y trastornos relacionados. Aconsejan a los individuos con estos trastornos, así como a sus familias, cuidadores y otros proveedores de servicios, relacionados con los trastornos y su gestión. El terapeuta de habla-lenguaje selecciona, prescribe, dispensa y proporciona

servicios, apoyando el uso efectivo de recursos de comunicación aumentativa y alternativa, así como prótesis de comunicación y dispositivos de soporte. El terapeuta de habla-lenguaje también enseña, supervisa, y dirige programas clínicos y educativos, y se ocupa del desarrollo de programas, supervisión de programas y actividades de investigación relacionadas con las ciencias de la comunicación y sus trastornos, deglución y áreas relacionadas. Mide resultados de tratamiento, evalúa la eficacia de sus prácticas, modifica servicios en relación con sus evaluaciones y difunde estos hallazgos. También sirve como “case manager” y testigo experto. Como parte integral de su práctica trabaja para incrementar la conciencia pública y proporciona servicios en marcos que se juzgan apropiados, incluyendo, pero no limitándose al cuidado de la salud, marco educativo, comunidad, vocacional y del hogar.”

4.1.2. Funciones del logopeda:

El Libro Blanco del Título de Grado en Logopedia⁵ establece una clasificación con aquellos trastornos susceptibles de intervención por parte del logopeda, que son los que se muestran a continuación:

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

- a) Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje en los que se produce un retraso o una anomalía en este desarrollo sin causa explicativa sensorial, motora, intelectual, emocional o neurológica:
 - Retraso del lenguaje – retraso fonológico.
 - Trastorno específico del lenguaje.
 - Trastorno fonológico (dislalia fonológica).
 - Trastorno fonético (dislalia fonética).
- b) Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve retrasado o alterado por falta de estimulación o condiciones ambientales adversas:
 - Trastornos del lenguaje por privación social.
 - Dificultades del lenguaje y el habla asociadas a contextos multiculturales y plurilingüismo.
- c) Trastornos en los que el desarrollo se ve retrasado o alterado por déficit cognitivos graves:

- Trastornos del lenguaje en deficientes mentales.
 - Trastornos del lenguaje y la comunicación en autismo y trastornos generalizados del desarrollo.
- d) Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve alterado o impedido por déficit sensoriales:
- Hipoacusias y sorderas prelocutivas y postlocutivas.
 - Alteraciones de la audición y el lenguaje en implantes cocleares.
 - Dificultades del lenguaje en deficientes visuales.
 - Alteraciones del lenguaje en sordoceguera.
- e) Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve alterado por déficits motores de origen neurológico: **Trastornos del lenguaje en la Parálisis Cerebral.**
- f) Trastornos en que se ve retrasado o alterado el aprendizaje de la lectura y escritura: Dislexias, Disgrafías, Retraso lector y Discalculias.

TRASTORNOS ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE POR LESIÓN NEUROLÓGICA

- a) Afasias.
- b) Afasia infantil adquirida.
- c) Disartrias.
- d) Dislexias adquiridas.
- e) Agrafias y disgrafías adquiridas.
- f) Amusias.

TRASTORNOS ASOCIADOS A PROCESOS DEGENERATIVOS.

- a) Deterioro de la comunicación por envejecimiento.
- b) Deterioro del lenguaje y la comunicación en trastornos neurodegenerativos e infecciosos y demencias.
- c) Presbiacusia.

TRASTORNOS DEL HABLA CON IMPLICACIÓN EMOCIONAL.

- a) Tartamudez y otros trastornos de la fluidez del habla.

TRASTORNOS DE LA VOZ Y LA RESONANCIA.

- a) Disfonías orgánicas y funcionales.
- b) Trastornos de la resonancia.
- c) Alteraciones de las cualidades de la voz.
- d) Laringectomías totales, parciales y reconstructivas.

TRASTORNOS ESTRUCTURALES DE LAS FUNCIONES OROFACIALES VERBALES Y NO VERBALES

- a) Trastornos orofaciales reconstructivos y otras tumoraciones orofaciales.
- b) Trastornos de la articulación por alteraciones estructurales de los órganos del habla (disglosias).
- c) Trastornos de la comunicación no verbal (gestualidad facial).
- d) Alteraciones de las funciones orales no verbales: hábitos de deglución, disfagia, trastornos tubáricos y otros trastornos funcionales.

TRASTORNOS LIGADOS A PROBLEMAS MENTALES O CONDUCTUALES

- a) Alteraciones del lenguaje y la comunicación en enfermedades mentales.
- b) Mutismo e inhibición del lenguaje.

Además, añade que “existe la necesidad de explicitar las posibilidades de intervención profesional del logopeda en los procesos de mejora de las habilidades comunicativas de personas en la población general, sin necesidad de que existan alteraciones o trastornos. Así se entiende que el logopeda puede y debe ser capaz de estimular el desarrollo del lenguaje en la población escolar general y de mejorar la voz, el habla, la capacidad de persuasión, etc., de oradores, comerciantes, políticos, profesores, empresarios, directivos, actores, cantantes y otros profesionales”.

El siguiente epígrafe se encuentra centrado únicamente en aquellos trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve alterado por déficits motores de origen neurológico, más concretamente en la Parálisis Cerebral.

4.2. Parálisis Cerebral

4.2.1. Definición de Parálisis Cerebral:

Como indican Puyuelo et al.⁶ el primer contacto con el término de “Parálisis Cerebral” se remonta al año 1862, con el ortopedista inglés William John Little, quien relacionó un trastorno de tipo espástico observado en un grupo de niños, con las dificultades en el trabajo del parto y la asfixia.

Según Bustos⁷, W.J Little Denominó a este trastorno con el nombre de “Mal de Little”.

Posteriormente, tal y como recoge la ECURED⁸, Bustos pudo observar que en la descripción de Little entraban en realidad varios síndromes de diversa causa y con base anatómica distinta, pero que tenían como rasgo común el hecho de ser congénitos o de aparecer en los primeros meses de vida. El concepto de enfermedad de Little ha quedado limitado y descrito por Pierre Marie, Brissaud y Van Gehuchten como Rigidez Espasmódica Congénita.

Según Moreno et al.⁹ en 1949, W. M. Phelps, utiliza por primera vez el término de Parálisis Cerebral para distinguir este trastorno del Retraso Mental. Sin embargo, este concepto originario de Parálisis Cerebral (trastorno ortopédico con base neurológica) ha sufrido un cambio ostensible desde que Little se preocupó por primera vez por los niños con deformidades.

Una definición actual de Parálisis Cerebral es la que realizan Bax et al.¹⁰ la cual también es reconocida por la Asociación de Parálisis Cerebral ASPACE¹¹: “La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la Parálisis Cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios”.

Y concretan que “se acepta el término de Parálisis Cerebral, pero se concibe como un grupo de trastornos, ya que se considera una condición heterogénea en cuanto a su etiología, tipos y gravedad de las deficiencias. Los trastornos se refieren a las condiciones en las cuales se produce una interrupción del proceso del desarrollo

biopsicosocial del niño. Estos trastornos son permanentes, aunque se reconoce que se pueden manifestar patrones clínicos cambiantes”. Además, en este concepto, “el término “cerebro” incluye el cerebro, el cerebelo y el tronco cerebral, y se excluyen trastornos motores de origen espinal, de los nervios periféricos o mecánicos”

Por último, concretan que “los trastornos del movimiento y de la postura pueden conducir a dificultades en el andar, en la masticación, la deglución y la articulación del habla, y a problemas secundarios de conducta, de la función musculoesquelética y de la participación social”. Y que a menudo todo ello va acompañado de “trastornos o deficiencias de la sensación (visión, audición u otras), la percepción, la cognición, la atención, la comunicación - tanto expresiva como receptiva, y/o las habilidades de interacción social -, la conducta, epilepsia y otros problemas musculoesqueléticos secundarios”.

4.2.2. Alteraciones. Comunicación y el lenguaje. La evaluación:

4.2.2.1. Alteraciones generales relevantes en Logopedia:

Las alteraciones en la Parálisis Cerebral varían dependiendo de diversos factores, sin embargo, según Moreno et al.⁹ las áreas generales susceptibles de recibir atención logopédica pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

- La disfagia y todos los elementos y funciones de la zona oral: succión, reflejos (morder, náusea, deglución, etc.), mandíbula, labios, protrusión lingual, deglución atípica, control del babeo (sialorrea), etc.
- La fonación y las cualidades de la voz (intensidad, timbre, etc.), destacando la hipernasalidad constante o intermitente debido a un mal control del velo del paladar.
- La respiración, la cual suele ser bucal, superficial y mal coordinada e irregular. Además, pueden aparecer espasmos en el diafragma. Todo esto da lugar a alteraciones de articulación, fluencia y prosodia.
- La articulación, la cual suele ser irregular, imprecisa o distorsionada (disartria) por dificultades en la movilidad de la lengua, labios o maxilares. En algunos casos hay anartria.
- La postura corporal y el tono de la musculatura implicada en la comunicación, que puede ser excesivamente alto, bajo o fluctuante. Además, existen

dificultades para controlar movimientos de cabeza o del tronco, espasmos o contracciones excesivas de los músculos de la nuca o el cuello. Estos patrones reflejos pueden aparecer en el momento en que se intenta hablar, dificultando la emisión. Muchas veces resulta imposible hacer movimientos diferenciados del sistema fonoarticulatorio.

- La mímica facial, siendo en algunos casos lenta y pobre, y en otros exagerada con gestos bruscos y asimétricos. En otras situaciones, la mímica es fija, resultando inapropiada para el contexto comunicativo.
- El lenguaje y la comunicación en todas sus áreas y dimensiones, las cuales se verán en el siguiente apartado.

4.2.2.2. Comunicación y Lenguaje en Parálisis Cerebral:

Tal y como indican Moreno et al.⁹ en cuanto al lenguaje, “las personas con Parálisis Cerebral, en general, van a presentar alteraciones tanto en la adquisición como en el desarrollo del lenguaje y las repercusiones lingüísticas dependerán del tipo de alteración y de la gravedad de la misma.”

Y respecto a la comunicación, añaden que “la persona con Parálisis Cerebral tiene dificultades para mantener la mirada, coordinar atención ocular y sonido (tiempo de reacción), realizar la emisión vocal en el momento deseado, seguir turnos de intervención a causa de su lentitud, manipular los objetos relacionados con lo que se está comunicando, utilizar coordinadamente los elementos habituales propios de una comunicación (posición del cuerpo, mirada, capacidad de vocalización, etc.).

Como aspecto a destacar en el presente trabajo, afirman que “en la Parálisis Cerebral se constatan dificultades en las diferentes dimensiones del lenguaje: en la forma o el aspecto externo de lo que se habla (fonología, morfología y sintaxis), en el contenido o de lo que se habla (semántica) y en el uso o la función o utilidad que hablar tiene para quienes lo hacen (pragmática).”

Y explican que:

- La adquisición del repertorio fonológico es más lenta debido al déficit en el control neuromuscular, aunque sigue las mismas fases del desarrollo normal.

- Existe cierta tendencia a reducir la longitud media de los enunciados, así como su complejidad sintáctica, pues utilizan enunciados cortos y sencillos, adaptando el discurso a la dificultad motriz que presentan. A pesar de poseer el nivel psicolingüístico adecuado, se utilizan expresiones sintácticas muy limitadas.
- Las dificultades a nivel semántico se fundamentan en un léxico muy limitado y en unas relaciones semánticas muy pobres. Priorizan en uso de nombres, verbos y adjetivos sobre el uso de pronombres y adverbios. La pobreza en la expresión oral, tanto lingüística como cognitiva es consecuencia de las limitaciones experienciales y del déficit motor.
- En el uso del lenguaje o pragmática, se tienen problemas para iniciar conversaciones, disponen de menos ocasiones para utilizar el lenguaje, mostrar desacuerdo, buscar o seleccionar un determinado interlocutor, etc.

4.2.2.3. La evaluación en Parálisis Cerebral:

Continuando con Moreno et al.⁹ la valoración multidisciplinar es fundamental y debe comprender una entrevista familiar y unos exámenes neurológicos, otorrinolaringológicos, fisioterapéuticos, psicológicos, pedagógicos y logopédicos.

Con respecto al área de Logopedia, sostienen que “la valoración debe ir dirigida a todas aquellas dimensiones que intervienen en el desarrollo del lenguaje – fonética y fonología, morfología y sintaxis, semántica y pragmática, tanto a nivel expresivo como comprensivo – y al habla (motricidad y sensibilidad buco-facial, órganos articulatorios, respiración, soplo, fonación y voz, verticalidad del cuerpo). Así como los aspectos relacionados con la alimentación (masticación, deglución y dinámica de alimentación), la lecto-escritura y los prerrequisitos del lenguaje” entre otros aspectos relevantes citados anteriormente.

Y finalizan diciendo que “el examen puede realizarse a través de la observación natural, observación en situaciones artificiales, entrevistas a padres y familiares, y aplicación de tests específicos”.

4.3. Envejecimiento y Parálisis Cerebral

4.3.1. El envejecimiento fisiológico:

4.3.1.1. Concepto de envejecimiento fisiológico:

En la actualidad existen multitud de definiciones sobre envejecimiento atendiendo a diferentes criterios, pero a pesar de ello resulta complicado precisar un concepto general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² “desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran cantidad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte.” Además, afirma que “dichos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa.”

Por otro lado, resulta necesario completar dicha definición con la de Bourliere¹³, que defiende que “el envejecimiento son una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción de todos los seres vivos”

Y con la de Langarica¹⁴ que añade que estas modificaciones “son de carácter irreversible y se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano”

4.3.1.2. Alteraciones del lenguaje y de la comunicación:

Según el autor Juncos-Rabadán¹⁵ “en la vejez hay un desarrollo de la comunicación y del lenguaje, porque se amplía el conocimiento general del mundo, y se dispone de más contenidos y experiencias para comunicar. Pero al mismo tiempo, en el envejecimiento normal, aparecen dificultades de acceso al léxico, dificultades de procesamiento sintáctico y de organización del discurso.”

Asimismo, defiende que “estas dificultades parecen tener su origen en una pérdida de eficacia en el procesamiento, es decir, se hace difícil o incluso imposible encontrar un nombre en el momento en que se necesita, aparecen dificultades en la comprensión de frases complejas, o se pierde con mayor facilidad el hilo de una conversación. En

algunas personas, cuyo proceso de envejecimiento es excepcional porque se ve alterado por alteraciones neurológicas, se produce también un deterioro en la comunicación y el lenguaje.”

A continuación, siguiendo al mismo autor, se muestra dichas alteraciones y/o modificaciones por niveles de forma sintetizada:

NIVEL LÉXICO

- A nivel comprensivo se mantiene o incrementa debido a un mayor conocimiento y experiencia.
- A nivel productivo se encuentran diversas dificultades:
 - Encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos o acciones en tareas de denominación.
 - Producir nombres a partir de una categoría dada.
 - Incremento de episodios de tener la palabra “en la punta de la lengua (PDL). Esto puede resolverse espontáneamente o suplirse tras la utilización de estrategias compensatorias.

NIVEL MORFOSINTÁCTICO

Dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas tanto en el lenguaje oral como escrito.

ASPECTOS DISCURSIVOS

- Dificultades en la comprensión de la conversación compleja y en la producción de la misma, con un aumento de la locuacidad.
- Dificultades en las descripciones, las narraciones orales y escritas, en los relatos autobiográficos y en la comprensión de textos escritos

OTROS

- Dificultades en la memoria operativa.
- Alteración de la capacidad inhibitoria, dando como resultado una dificultad para atender a la información relevante e inhibir la irrelevante.
- Dificultades en la atención sostenida, dividida y selectiva.

Por último, Juncos-Rabadán O. defiende que “las dificultades lingüísticas pueden atenuarse e incluso desaparecer cuando se incrementa el nivel educativo, cuando se

establece una comunicación motivadora y emocionalmente positiva, y cuando se dispone de un conocimiento previo adecuado o experto del tema”.

4.3.1.3. Pruebas estandarizadas de evaluación

En el presente epígrafe se detallan brevemente aquellas pruebas y tests de evaluación de lenguaje estandarizados que han servido de base para la creación de este estudio.

a) Test Barcelona-R, de Peña-Casanova, J.

Según Peña-Casanova¹⁶ el “Test Barcelona-R” tiene como objetivo “diseñar, proponer y discutir un instrumento original de exploración de las actividades mentales superiores que permitiera avanzar en el conocimiento clínico de los pacientes neuropsicológicos”.

Tal y como se muestra en el manual, el “Test Barcelona-R” cuenta con múltiples subpruebas de evaluación. Entre todas ellas, despiertan especial interés las siguientes: lenguaje espontáneo (expresivo), fluencia verbal y contenido informativo del lenguaje, lenguaje automático-control mental, repetición verbal, repetición de errores semánticos, denominación visuoverbal, denominación verboverbal, evocación categorial en asociaciones y comprensión verbal, entre otras.

b) “Neurobel” de Cuetos F., Adrián-Torres, JA y Jorquera J.

Según Cuetos et al.¹⁷ “la Batería NEUROBEL: Evaluación neuropsicológica del lenguaje en adultos, es una prueba breve que permite una valoración de sondeo de los procesos básicos de comprensión y producción del lenguaje. Consta de 8 tareas, que analizan el correcto funcionamiento del lenguaje oral desde el modelo teórico propuesto por la neuropsicología cognitiva”.

Dichas áreas tareas son las que se muestran a continuación:

- Nivel comprensivo: Discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo y comprensión de oraciones.
- Nivel expresivo: Repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones.

c) “Batería Ecco Senior” de López-Higes R., Rubio S, Martín Aragonés M, Del Río D y Mejuto G.

Según López-Higes et al.¹⁸ se trata de una versión reducida y actualizada de la prueba original ECCO. Y afirman que “ofrece algunos resultados prometedores en el estudio del perfil lingüístico de pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL)”.

La Batería Ecco_Senior tiene como objetivo principal la valoración de la comprensión escrita de oraciones de distinta complejidad. Para ello cuenta con diversas oraciones acompañadas de dibujos que reflejan o no el significado de las mismas, de modo que el individuo debe responder “verdadero” o “falso”.

d) “PREP-R” de Fernández M, Díaz, F., Moreno, V., Lázaro, M. y Simón, T.

El PREP-R: Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado, según Fernández et al.¹⁹ “se dirige a la evaluación cualitativa de sólida base pragmalingüística, y pretende ser un screening para la rápida detección de los aspectos pragmáticos y/o componentes gramaticales en el origen del déficit comunicativo”.

Y continúan exponiendo los diferentes bloques de la pragmática evaluados a lo largo de 18 ítems, que son los siguientes:

- Pragmática interactiva: Toma de turno.
- Pragmática textual: Cohesión y coherencia del mensaje del hablante.
- Pragmática enunciativa: Actos de habla y significados inferenciales.

4.3.2. El envejecimiento en la Parálisis Cerebral:

Según González-Alonso²⁰ “la esperanza de vida en las personas con Parálisis Cerebral ha aumentado considerablemente. Gracias a los avances científicos y a los estilos de vida más saludables se vive más tiempo y en mejores condiciones”.

Por otro lado, añade que “el envejecimiento de las personas con Parálisis Cerebral es una realidad y un reto que no puede ser ignorado. Por eso interesa conocer las necesidades percibidas por las propias personas en proceso de envejecimiento” ya que “se puede reducir el impacto del paso del tiempo si se consigue un diagnóstico precoz con una intervención adecuada”.

Finalmente, señala que “normalmente los síntomas y problemas que surgen en adultos se achacan al diagnóstico global de Parálisis Cerebral y no se hace un esfuerzo por conseguir un diagnóstico específico” propio de la etapa de envejecimiento en la que se producen múltiples modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales. Por ello, sería necesario “abordar el proceso de envejecimiento de las personas con Parálisis Cerebral desde un planteamiento global con modelos teóricos que expliquen dichos procesos”.

4.3.3. La importancia de la Logopedia:

Tras un amplio recorrido a lo largo de la presente Fundamentación Teórica, se puede destacar lo siguiente:

- a) La Logopedia es una disciplina científica que se encarga del estudio, de la prevención, de la evaluación, del diagnóstico y del tratamiento de los trastornos de la comunicación, del lenguaje, de la voz, del habla, de la audición y de las funciones orofaciales no verbales, tanto en la población infantil como adulta.
- b) El logopeda se encuentra capacitado para intervenir en aquellos trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve afectado en todas sus áreas por déficits motores de origen neurológico, es decir, en aquellos trastornos del lenguaje propios de la Parálisis Cerebral.
- c) Durante la etapa de envejecimiento se producen diversas modificaciones y/o alteraciones en el lenguaje y la comunicación que son susceptibles de intervención logopédica.
- d) En la actualidad la esperanza de vida de las personas con Parálisis Cerebral se ha visto incrementada notablemente, por lo que las dificultades encontradas en el ámbito del lenguaje no pueden achacarse únicamente a la discapacidad, sino también al paso del tiempo y a la edad del individuo.

Por todo ello, la Logopedia durante la etapa de envejecimiento de personas con Parálisis Cerebral resulta fundamental. Este colectivo se enfrenta a múltiples obstáculos que esta disciplina es capaz de evitar, pero también de superar gracias a una evaluación, detección e intervención adecuada.

5. DESARROLLO PRÁCTICO

A continuación, se procede a la descripción del desarrollo práctico llevado a cabo para la recogida y síntesis de la información, y para la aplicación de las pruebas de evaluación del lenguaje.

5.1. Recogida y síntesis de la información

La recogida y síntesis de la información más relevante de cada paciente se efectúa gracias a la Matriz de Recogida de datos y al Cuestionario-Entrevista sobre comunicación y lenguaje.

5.1.1. Matriz de Recogida de Datos:

La recopilación de la información general y de los antecedentes personales principales de cada sujeto fue llevada a cabo a lo largo de los meses que abarca el segundo cuatrimestre del curso académico 2018/2019, de forma paralela a la elaboración del PRACTICUM III, cuyas prácticas curriculares fueron realizadas en este mismo centro: ASpace Valladolid.

Gracias a los datos obtenidos por parte de la logopeda del centro y otros profesionales, a la revisión de historias clínicas y a la observación directa, se fueron almacenando los aspectos más relevantes de los pacientes candidatos en un cuaderno de campo.

Posteriormente, el día 2 de mayo del año 2019, se seleccionó la información más pertinente de cada uno y se trasladó a la Matriz de Recogida de Datos elaborada con anterioridad.

5.1.2. Aplicación del Cuestionario-Entrevista:

El Cuestionario-Entrevista sobre la Comunicación y el Lenguaje de cada paciente fue llevado a cabo el día 2 de mayo del año 2019 en ASpace Valladolid de 15:30 a 16:30 horas, gracias a la colaboración de la Educadora Especial de este centro. Posteriormente, se procedió a la informatización de los datos.

5.1.3. Síntesis de la información:

Una vez obtenida toda la información a través de ambos medios, se procede al estudio, selección y síntesis de aquellos aspectos más relevantes de cada paciente, los cuales se muestran a continuación:

Paciente N°1

Hombre de 72 años de edad, residente en ASPACE Valladolid, cuyos antecedentes personales describen a una persona con Parálisis Cerebral y tetraparesia espástica que afecta principalmente al hemicuerpo izquierdo.

Se comunica de forma oral exclusivamente, pero presenta un diagnóstico de Disartria severa que le provoca un habla cada vez más inteligible para su entorno cercano, sobre todo si se encuentra enfermo o cansado o no conoce a los interlocutores. Sin embargo, su nivel de comprensión oral es bueno, al igual que su nivel cognitivo. No posee lecto-escritura.

Su entorno refiere que presenta dificultades principalmente en los prerequisites del lenguaje, como señalar para reclamar aquello que necesita y utilizar gestos y mímica para comunicar o para potenciar aquello que emite de forma oral y ser mejor comprendido. Asimismo, tiene dificultades para solicitar información o aclaraciones cuando no comprende algo, lo cual puede ser explicado por su timidez, y no porque no sea capaz.

Como dato de interés cabe destacar que no recibe intervención logopédica, aunque acude una vez por semana a un taller de comunicación grupal. Respecto a esto, su entorno considera que debería acudir a Logopedia con el fin de mejorar la inteligibilidad de su habla, pero también para trabajar aspectos conversacionales y mejorar su calidad de vida, pues sería más partícipe socialmente.

Paciente N°2

Hombre de 53 años de edad, residente de ASPACE Valladolid, cuyos antecedentes personales describen a una persona con Parálisis Cerebral, Discapacidad Intelectual Severa y Disartria.

Se comunica exclusivamente de forma oral y su habla es algo ininteligible para el entorno cercano. Su comprensión oral es buena, presenta dificultades de atención y no posee lecto-escritura. Por otro lado, su entorno indica que tiene dificultades para señalar aquello que necesita, utilizar gestos y mímica para comunicar o para potenciar aquello que comunica, nombrar objetos o instalaciones, expresar

opiniones, solicitar información, esforzarse por hacerse entender y comprender a los demás y para participar en conversaciones con cuidadores y terapeutas. Cabe destacar que, si su estado de ánimo es positivo, habla más y trata de hacerse entender.

Como dato de interés, el paciente recibe intervención logopédica dos días a la semana con sesiones de media hora de duración, donde se trabaja sobre todo el vocabulario, la anticipación de situaciones y la comunicación en general. Respecto a esto, el entorno considera que la Logopedia juega un papel muy importante en su caso, pues ha habido una notable mejoría en su lenguaje y comunicación en general a lo largo del tiempo, y por consiguiente ha aumentado su calidad de vida.

Paciente N°3

Mujer de 60 años de edad, residente en ASPACE Valladolid, cuyos antecedentes personales describen a una persona con Parálisis Cerebral, Discapacidad Intelectual Moderada y alteraciones de la Personalidad.

Se comunica de forma oral exclusivamente y presenta un habla inteligible, aunque levemente disfémico y dislábico. A nivel de comprensión, esta se ve comprometida debido a sus dificultades de atención. Por otro lado, su entorno señala que presenta dificultades para señalar aquello que necesita, utilizar gestos y mímica para comunicar o potenciar aquello que comunica, expresar opiniones personales y para solicitar información o aclaraciones, aunque esto puede ser explicado en algunas ocasiones por su timidez.

Como dato de interés cabe destacar que no recibe intervención logopédica, aunque acude una vez por semana a un taller de comunicación grupal. Respecto a esto, su entorno considera que debería acudir a Logopedia con el fin de mejorar sus habilidades comunicativas, pues se muestra en muchas ocasiones dubitativa e insegura; pero también para mejorar aspectos de su habla y tipo de respiración, lo que a su vez produciría un aumento de su calidad de vida.

Paciente N°4

Mujer de 52 años de edad, que acude al servicio de centro de día de ASPACE Valladolid y a alguna de sus terapias.

Sus antecedentes personales describen que padece Parálisis Cerebral, tetraparesia espástica y Discapacidad Intelectual Media.

Se comunica de forma oral exclusivamente y no presenta dificultades en el habla expresiva ni en la comprensión oral. Además, posee lecto-escritura, aunque con limitaciones. Donde sí presenta algunas dificultades es en la relación con algunas personas de su entorno.

Por último, cabe destacar que no recibe ningún tipo de intervención logopédica, y su entorno opina que no la necesita, pues consideran que su lenguaje es normal, con un vocabulario extenso y culto, el cual no varía independientemente de su estado emocional o anímico. Sin embargo, refieren que la Logopedia podría ser una buena opción para asegurar la conservación de todas sus capacidades a medida que envejece.

Paciente N°5

Mujer de 72 años de edad, residente en ASPACE Valladolid, cuyos antecedentes personales describen que padece Parálisis Cerebral y Discapacidad Intelectual Moderada.

A nivel de comunicación, su expresión oral es adecuada, excepto si está enfadada o nerviosa; y posee una buena comprensión oral, excepto en los conceptos abstractos. No posee lecto-escritura.

Su entorno señala que presenta dificultades especialmente en la utilización de gestos y mímica para comunicar o potenciar aquello que comunica y para solicitar información o aclaraciones cuando no comprende algo. Asimismo, no se esfuerza en muchas ocasiones en comprender a su interlocutor.

Cabe destacar que no recibe intervención logopédica, aunque acude una vez por semana a un taller de comunicación grupal. Respecto a esto, su entorno considera que debería acudir a Logopedia con el fin de mejorar la inteligibilidad de su habla, su respiración y los aspectos conversacionales en general. De este modo, sería más activa socialmente y mejoraría su calidad de vida.

5.2. Aplicación de las pruebas de evaluación

A continuación, se procede a la explicación de aquellos aspectos relevantes acerca de aplicación de las pruebas de evaluación del lenguaje,

5.2.1. Temporalización:

La aplicación de las pruebas de evaluación fue llevada a cabo en su totalidad el día 16 de mayo de 2019 de 10:30 a 14:00, de modo que se dedicaron de forma aproximada cuarenta minutos a cada paciente.

5.2.2. Proceso de evaluación:

El proceso de evaluación se realizó en una sala específica de ASPACE Valladolid, asegurando permanentemente la comodidad de los pacientes.

Dicho espacio estaba dotado de todo el mobiliario necesario, así como de una luminosidad y una temperatura adecuadas que garantizaban el correcto desarrollo de la investigación.

Las sesiones adoptaron un carácter individualizado, de modo que los pacientes fueron acompañados a la sala siguiendo un orden establecido, sin interrumpir en ningún momento el desarrollo de sus terapias y actividades cotidianas.

Durante los procesos de evaluación se contó con la compañía y colaboración desinteresada de una profesional del centro, lo que garantizó la confianza y comodidad de todos los sujetos. También, se dedicaron unos minutos establecimiento del rapport entre la persona evaluadora y el paciente.

Las pruebas de evaluación fueron aplicadas siguiendo el orden riguroso del protocolo. En primer lugar, se procedió a la explicación de cada ejercicio tantas veces como fuera necesario y se mostraron ejemplos ilustrativos que asegurasen la correcta comprensión de los mismos.

Por otro lado, a lo largo de todo el proceso de evaluación, se anotaron en las hojas de registro elaboradas con anterioridad las respuestas de los sujetos, incidiendo principalmente en los errores y otros aspectos de relevancia.

5.2.3. Materiales:

Los materiales de los que se disponía durante el proceso de evaluación del lenguaje fueron los siguientes:

- Pruebas de evaluación del lenguaje.
- Hojas de registro.
- Fotografías reales de alta calidad en formato físico y digitalizado.
- Ordenador portátil.

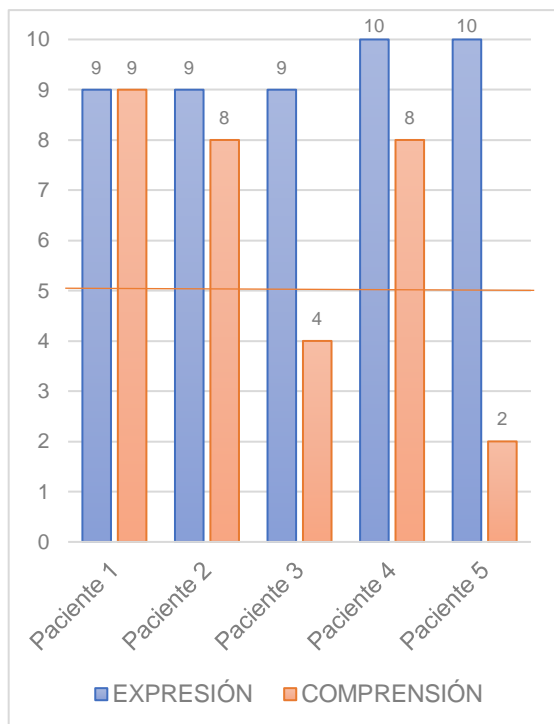
5.2.4. Corrección de las pruebas de evaluación:

Durante los días siguientes a la aplicación de las pruebas de evaluación se procedió a la corrección de las mismas y a la obtención de puntuaciones gracias a los datos reflejados en las hojas de registro de cada individuo. Posteriormente, se llevó a cabo la interpretación de los mismos.

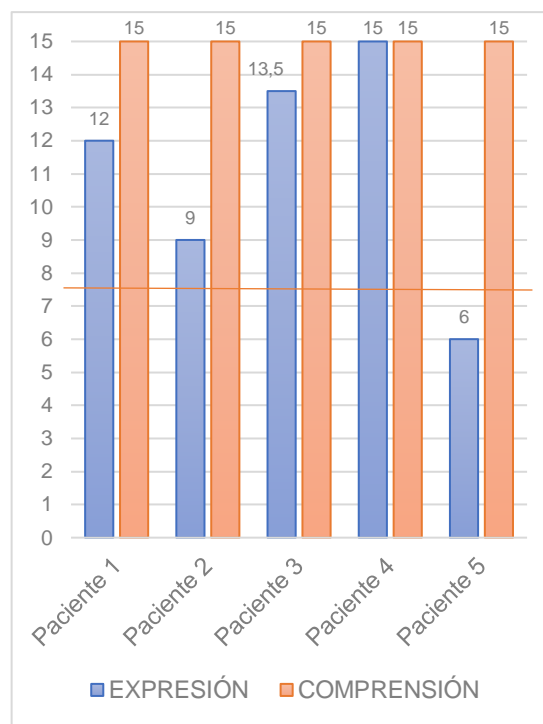
Todo ello queda reflejado de forma pormenorizada en el epígrafe de *Resultados y Discusión* que se muestra a continuación.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

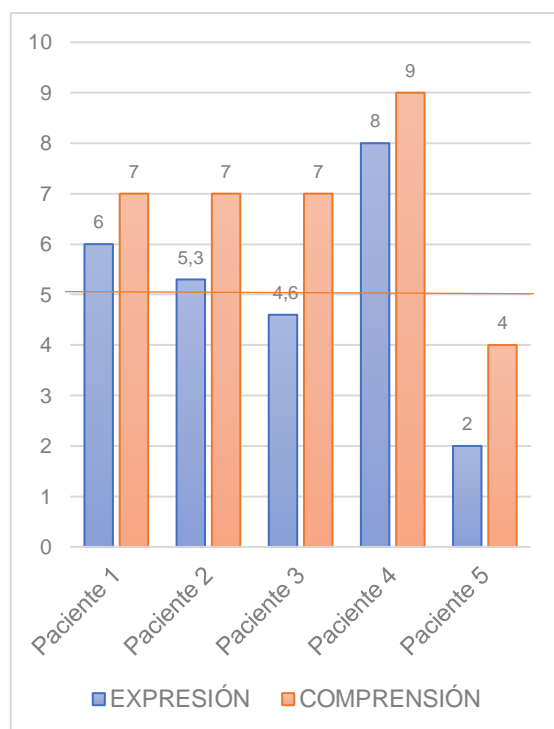
Para facilitar la interpretación de los datos, se muestran los *resultados de cada uno de los pacientes* de forma comparativa en cada uno de los niveles del lenguaje.



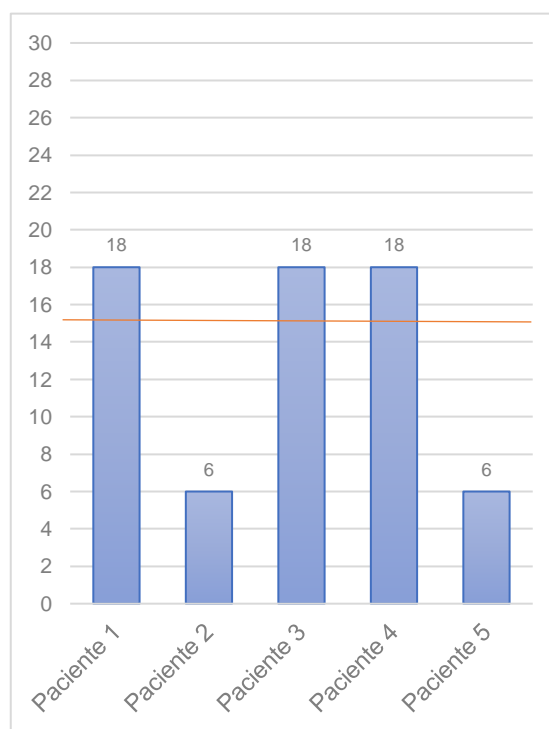
Gráfica 1. Resultados Nivel Fonético-Fonológico



Gráfica 2. Resultados Nivel Semántico



Gráfica 3. Resultados Nivel Morfosintáctico



Gráfica 4. Resultados Nivel Pragmático

En las gráficas anteriores se puede destacar lo siguiente:

Paciente N°1: Se observan unas puntuaciones elevadas en los niveles fonético-fonológico y semántico; y destacan unas mayores dificultades en los niveles morfosintáctico y pragmático, aunque no significativas.

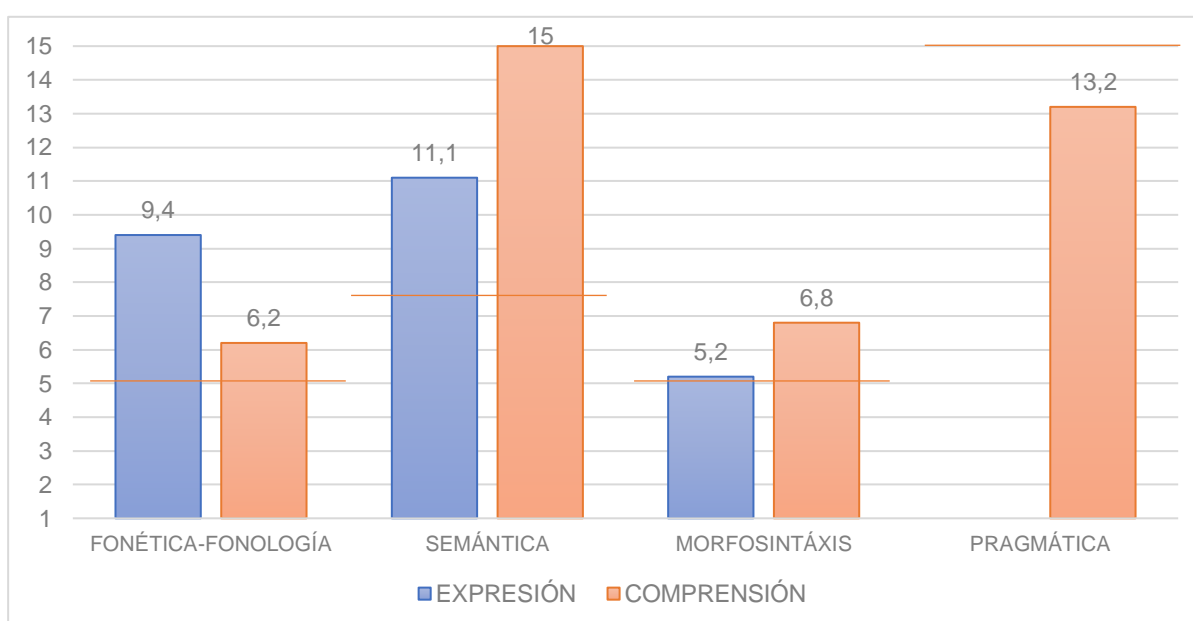
Paciente N°2: Se observan puntuaciones elevadas en el nivel fonético-fonológico seguido del nivel semántico y del morfosintáctico, y destaca una puntuación muy baja en el nivel pragmático.

Paciente N°3: Se observan puntuaciones elevadas en el nivel semántico, seguido del nivel pragmático. por otro lado, cabe destacar unas puntuaciones muy bajas en la expresión del nivel morfosintáctico, y en la comprensión fonético-fonológica.

Paciente N°4: Se observan elevadas puntuaciones en los niveles semántico, fonético-fonológico y morfosintáctico, y destacan unas puntuaciones bajas en el nivel pragmático, aunque no significativas.

Paciente N°5: Se observan puntuaciones muy elevadas en la expresión fonético-fonológica y en la comprensión del nivel semántico. sin embargo, destacan unas puntuaciones muy bajas en la comprensión fonético-fonológica, en la expresión semántica, en el nivel morfosintáctico en general, y en el nivel pragmático.

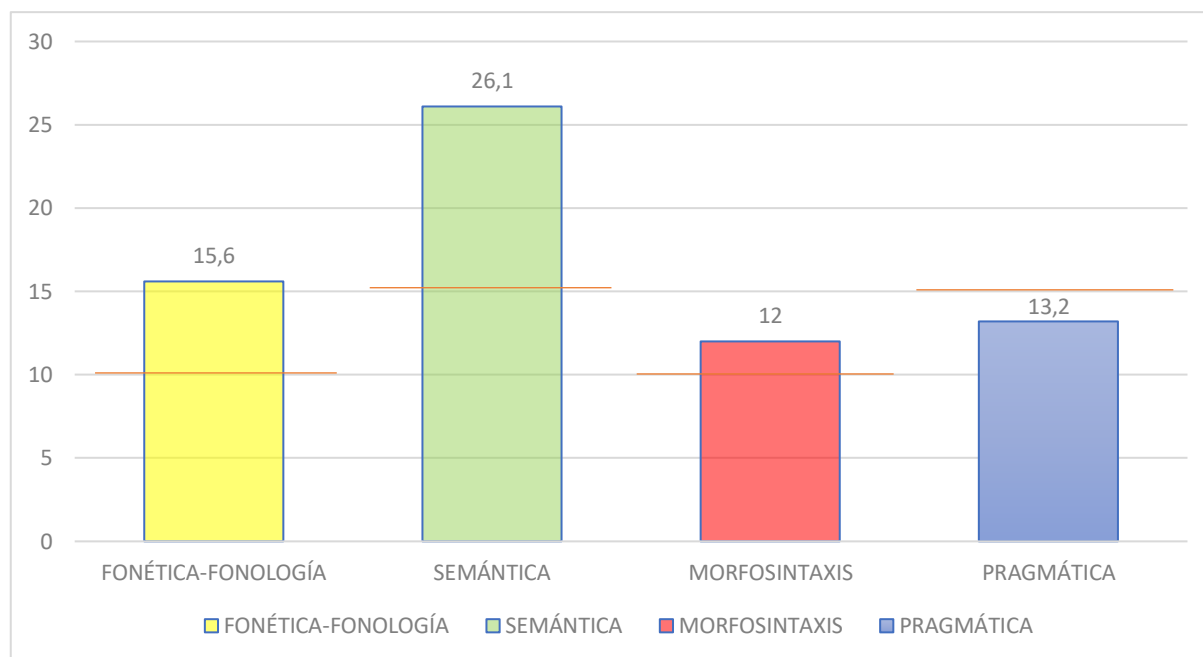
A continuación, se muestra la *media de resultados* obtenidos en cada nivel de lenguaje, haciendo hincapié en los *ámbitos expresivo y comprensivo*.



Gráfica 5. Comparativa del Lenguaje en los ámbitos expresivo y comprensivo

Como se puede observar en la *Gráfica 5*, se obtienen mejores puntuaciones en el ámbito comprensivo del lenguaje en los niveles semántico y morfosintáctico, y, sin embargo, a nivel fonético-fonológico, es la expresión la que recibe una mayor puntuación.

Finalmente, se muestran las *medias generales* de todos los resultados obtenidos.



Gráfica 6. Media de Resultados Generales

Tal y como muestra la *Gráfica 6*, en el nivel semántico se obtienen los mejores resultados, seguido del nivel fonético-fonológico y del nivel morfosintáctico, dejando atrás al nivel pragmático, donde se han observado mayores dificultades y puntuaciones negativas.

Todos estos indicativos muestran una evidente coincidencia con las afirmaciones de los autores competentes en este campo de actuación.

Según González et al.²¹ en el envejecimiento fisiológico no se manifiestan alteraciones a nivel fonético-fonológico, tal y como se puede observar en los resultados generales obtenidos.

Con respecto al nivel semántico, Juncos-Rabadán¹⁵, manifiesta que la comprensión se mantiene intacta o incluso se incrementa debido a la experiencia; y, en cambio, a nivel productivo se pueden encontrar mayores dificultades de acceso al léxico, así

como un aumento del fenómeno de “punta de la lengua”. A pesar de que en el estudio se observan unos resultados muy elevados en este nivel, sí puede observarse una clara diferencia entre los ámbitos expresivo y comprensivo.

A nivel morfosintáctico, López-Higes¹⁸ señala que en el envejecimiento pueden observarse problemas de comprensión de oraciones; así como en el uso espontáneo de las mismas¹⁵, tal y como se puede observar en los resultados obtenidos, que, a pesar de no obtener unas puntuaciones generales negativas, estas son especialmente bajas en comparación con otros niveles del lenguaje.

Por otro lado, siguiendo a González et al.²¹, son evidentes las arduas afectaciones en la pragmática, mostrando una menor eficacia y calidad a nivel discursivo, así como en uso de estrategias o recursos pragmáticos. Esto queda manifestado en los resultados obtenidos, donde se observan las puntuaciones más bajas e incluso negativas.

Por último, cabe destacar que en algunos aspectos resulta complicado distinguir si las dificultades encontradas se deben a la propia Parálisis Cerebral o al paso del tiempo y aumento de la edad. Por ejemplo, tal y como dice Moreno et al⁹, en esta discapacidad ya existen unas limitaciones en el uso de expresiones sintácticas de base, así como en el uso del lenguaje o pragmática. Como aspecto a destacar, también sugiere unas serias dificultades en el léxico consecuencia de las limitaciones experienciales y el déficit motor, lo cual no queda reflejado en los resultados obtenidos.

Además, es importante tener en consideración el nivel educativo, la motivación y otros aspectos emocionales, pues todo ello influye notoriamente en la competencia lingüística exclusiva de cada individuo¹⁵.

Por último, a pesar de las evidencias contrastadas, los resultados obtenidos no pueden considerarse concluyentes ya que la muestra del presente Trabajo Fin de Grado cuenta con un número pequeño de participantes. Por este motivo, queda abierta una línea de investigación de gran interés en el campo de la Logopedia, que siendo desarrollada puede contribuir a revelar la realidad y cubrir las necesidades de un amplio colectivo, logrando así una mejora en su calidad de vida. Los alcances de esta investigación partirían de ampliar la muestra de pacientes evaluados para contrastar estos resultados.

7. CONCLUSIONES

- a) Existe gran cantidad de bibliografía referente a la Parálisis Cerebral y al envejecimiento fisiológico en pacientes sin discapacidad, sin embargo, resulta complicado hallar documentos que relacionen ambos conceptos, sobre todo desde un punto de vista estrictamente logopédico.
- b) No son muchas las pruebas de evaluación que pueden evidenciar problemas del lenguaje y de la comunicación en el envejecimiento, sin embargo, son de fácil acceso y utilización. Además, gracias a las competencias adquiridas a lo largo del Grado, su dominio ha resultado satisfactorio.
- c) La elaboración del Protocolo de Evaluación del Lenguaje no estandarizado ha sido ardua, sin embargo, se ha obtenido un material logopédico que puede ser relevante en futuras líneas de investigación.
- d) La puesta en práctica del Protocolo a cinco personas con Parálisis Cerebral en edades adultas y avanzadas ha servido para tomar contacto con otros profesionales y pacientes reales, donde se han podido poner en práctica aquellas competencias propias del profesional de la logopedia adquiridas a lo largo del Grado. Asimismo, no se puede obviar que todo ello se ha visto favorecido gracias a la predisposición del centro ASPACE Valladolid, que ha facilitado en todo momento el acceso al mismo y a los pacientes mediante un consentimiento informado, quienes han adoptado a su vez una actitud positiva y entregada a lo largo de todo el proceso.
- e) Las Hojas de Registro han sido clave a la hora de extraer los datos para la elaboración de las gráficas ilustrativas, las cuales han facilitado enormemente la interpretación de los resultados.
- f) La bibliografía existente ha sido suficiente para contrastar las evidencias halladas, las cuales guardan una alta semejanza con las afirmaciones de los autores competentes en este ámbito, lo que garantiza el éxito del estudio, a pesar de no poder considerarse concluyente.

- g) Queda demostrada la posibilidad de creación de un material de evaluación del lenguaje con el que poder establecer las necesidades específicas de cada individuo. Sin embargo, al tratarse de un material no estandarizado, no se cuenta con la fiabilidad necesaria para esclarecer un diagnóstico, lo cual deja constancia una vez más de la necesidad de investigación en este campo.
- h) La Logopedia es una disciplina muchas veces imprescindible en las personas con Parálisis Cerebral. Asimismo, el envejecimiento de este colectivo es inminente, por lo que no se puede dejar en el olvido las dificultades acaecidas por el inevitable aumento de la edad. Una adecuada atención logopédica en este colectivo puede ayudar a que estas personas preserven sus capacidades lingüísticas, lo cual repercutirá en la mejora de su calidad de vida.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; [actualizado 2018; citado 24 mar 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=NZXN5lv>
2. Asociación Española de Logopedia Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología [Internet]. Barcelona; [citado 24 mar 2019]. Disponible en: <http://www.aelfa.org/logopedia.asp>
3. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L'UE. Profil professionnel européen de l'orthophoniste-logopède [Internet]. Francia; 2017 [citado 24 mar 2019]. Disponible en: <https://cplol.eu/>
4. American Speech-Language-Hearing Association. Scope of practice in speech-language pathology [Internet]. 2016 [citado 24 mar 2019]. Disponible en: <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/>
5. Gallego C., Battaner E., Rodríguez J., García A, Escribá, FJ. Libro Blanco: Título de Grado en Logopedia. Madrid: ANECA; 2014. [citado 24 mar 2019]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150352/libroblanco_logopedia_def.pdf
6. Puyuelo M, Póo P, Basil C, Le Metayer, M. Logopedia en la Parálisis Cerebral: Diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 1996.
7. Bustos MC. Reeducción del Habla y del Lenguaje en el Paralítico Cerebral. 5ª ed. Madrid: CEPE; 1993.
8. ECURED: Enciclopedia Cubana. [Internet]. Cuba; 2009 [citado 26 mar 2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Enfermedad_de_Little
9. Moreno JM, Montero PJ, García-Baamonde ME. Intervención Educativa en la Parálisis Cerebral. Actividades para mejorar la expresión oral. [Internet]. Mérida; 2014. [citado 24 mar 2019]. Disponible en: http://sid.usal.es/ids/F8/FDO18896/paralisis_cerebral.pdf

10. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2005 [citado 26 mar 2019]; 47(8):571-6. Disponible en: <https://bit.ly/2QGOw4q>
11. Confederación ASPACE [Internet]. Madrid; 2015 [citado 26 mar 2019]. Disponible en: <https://aspace.org/que-es>
12. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 26 mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
13. Boulière F. Gérontologie: biologie et clinique. París: Edit Flammarion Médecine; 1982.
14. Langerica, R. Geriatria y gerontología. México: Interamericana; 1985.
15. Juncos-Rabadán O, Pereiro A, Facal D. Comunicación y lenguaje en la vejez. Portal Mayores. 2006; (67).
16. Peña-Casanova J. Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Test Barcelona-R: Teoría e interpretación. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
17. Adrián JA, Jorquera J, Cuetos F. NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. Rev. Logop. Foniatr. Audiol. 2015; 35 (3): 99-146.
18. López-Higes R, Rubio S., Martín MT, Del Río DA, Mejuto G. Evaluación de la comprensión gramatical en el envejecimiento normal y patológico: Un resumen de los resultados obtenidos con las baterías ECCO y Ecco_Senior. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1), 96-108.
19. Fernández, M, Díaz F, Moreno V, Lázaro M, Simón T. PREP-R: Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado. Valencia; 2015.
20. González-Alonso, MY. Parálisis Cerebral y envejecimiento activo. 2016.
21. González E, Mendizábal N, Jimeno N, Sánchez C. Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. Revista de Investigación en Logopedia. 2019; 9(1), 1-19.

9. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Recogida de Datos

Nombre del evaluador:

Centro:

Fecha:

- Identificación del paciente:
- Fecha de nacimiento / edad:
- Residente: SÍ () NO ()
- Recibe Intervención Logopédica: SÍ () NO ()
- Posee comunicación verbal - vocal: SÍ () NO ()
- Utiliza SAAC: SÍ () NO ()
- Historia Clínica:

Antecedentes personales	Otros datos de interés

- Otras observaciones:

Anexo 2. Cuestionario-Entrevista

Identificación del entrevistado:

Relación con el usuario:

a) Cuestionario:

Ítem	Si	No	A veces/ con dificultad	Observaciones
1. <i>El usuario señala para reclamar aquello que necesita.</i>				
2. <i>El usuario utiliza gestos y mímica para comunicar o para potenciar aquello que comunica.</i>				
3. <i>El usuario nombra objetos e instalaciones adecuadamente.</i>				
4. <i>El usuario es capaz de expresar de forma oral y adecuadamente sus necesidades básicas.</i>				
5. <i>El usuario expresa opiniones personales respecto a un tema concreto / acuerdo o desacuerdo / sentimientos.</i>				
6. <i>El usuario muestra un habla inteligible para su entorno.</i>				
7. <i>El usuario reconoce e identifica el nombre de las personas de su entorno.</i>				
8. <i>El usuario muestra una adecuada comprensión del lenguaje.</i>				
9. <i>El usuario solicita de forma oral información o aclaraciones cuando no entiende algo.</i>				
10. <i>El usuario se esfuerza por ser comprendido por su interlocutor.</i>				
11. <i>El usuario se esfuerza por comprender a su interlocutor.</i>				
12. <i>El usuario participa en conversaciones adecuadamente con sus compañeros.</i>				
13. <i>El usuario participa en conversaciones adecuadamente con sus cuidadores y terapeutas.</i>				

b) Entrevista:

1. *¿Cómo definiría el lenguaje del usuario? ¿Y su forma de comunicación y relación con el entorno?*
2. *¿Considera que el estado de ánimo y/o emociones del usuario influyen en su lenguaje y comunicación? ¿De qué manera?*
3. *¿Considera que el usuario precisa atención logopédica? Si es que sí, ¿en qué aspectos o áreas específicos de su lenguaje y comunicación? ¿Por qué?*
Si es que no, ¿por qué?
4. *¿Considera que la Logopedia – necesitando o no – podría potenciar el lenguaje y la comunicación del usuario, y como consecuencia, mejorar su calidad de vida? ¿Por qué?*

Anexo 3. Pruebas de Evaluación del Lenguaje No Estandarizadas

Prueba 1. NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO: EXPRESIÓN

Instrucción: *“Te voy a decir unas palabras y tienes que repetir lo que yo diga”*

Ejemplo: Si yo digo “jabón”, tu después tienes que repetirlo y decir “jabón”.

Batería de palabras:

- | | | |
|------------|--------------|-------------|
| 1. Boca | 8. Tambor | 15. Flan |
| 2. Moto | 9. Orquesta | 16. Guantes |
| 3. Plátano | 10. Libro | 17. Niño |
| 4. Casa | 11. Zapato | 18. Jarrón |
| 5. Hierba | 12. Playa | 19. Queso |
| 6. Perro | 13. Tormenta | 20. Armario |
| 7. Dedos | 14. Frío | |

Prueba 2. NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO: COMPRENSIÓN

Instrucción: *“Te voy a decir dos palabras y a continuación me tienes que decir si esas dos palabras son “iguales” o “diferentes”.*

Por ejemplo: “FRUTA – FRUTA” (Son iguales)

Batería de pares de palabras:

1. GATO – CATO
2. TELEVISION – TELEVISOR
3. PURÉ – PURÉ
4. JUGAR – JUGAR
5. TAMBOR – TAMBIÉN
6. COMER – COMER
7. PEDRO – PERRO
8. OVEJA – OREJA
9. PASTILLA – PASTILLA
10. TORNILLOS – TOBILLOS

Prueba 3. NIVEL SEMÁNTICO: EXPRESIÓN

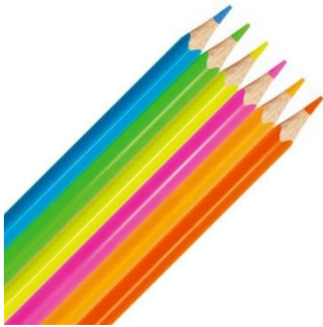
Instrucción: “Te voy a enseñar varias imágenes de cosas y tú me tienes que decir lo que es”

Ejemplo: ¿Qué es esto? (una cuchara).



Batería de imágenes:





Prueba 4. NIVEL SEMÁNTICO: COMPRENSIÓN

Instrucción: Te voy a enseñar dos imágenes con cosas, después, yo voy a nombrar una de ellas y tienes que señalarla.

Ejemplo: Cuchara.



Batería de pares de imágenes:



1. MANO



2. LIBRO



3. ORDENADOR



4. PLATO



5. RUEDA



6. BOMBILLA



7. CABALLO



8. CALCETINES



9. PEINE



10. PASTILLAS

Prueba 5. NIVEL MORFOSINTÁCTICO: EXPRESIÓN

Instrucción: Te voy a enseñar una imagen en la que aparecen diferentes situaciones, y después tienes que hacer una frase con aquello que veas.

Ejemplo: “El mensajero está entregando una carta” (S + V + O)



Batería de imágenes:



Prueba 6. NIVEL MORFOSINTÁCTICO: COMPRENSIÓN

Instrucción: “Te voy a enseñar unas imágenes y te voy a decir lo que ocurre en cada una de ellas. Si la imagen se corresponde con lo que yo diga responde “*verdad*”, y si no se corresponde con lo que yo diga di “*mentira*”.

Ejemplo: El gato está comiendo. Verdad.



Batería imágenes y oraciones:



1 “*La chica se está peinando*”



2. “*El niño está tocando el violín*”



3. “*El señor tiene apoyada la cabeza en una mesa*”



4. “*La sandía está siendo comida por el bebé*”



5. “El señor está empujando la silla de ruedas”



6. “El perro está hablando con la señora del abrigo rosa”



7. “El señor está montado en la bicicleta”



8. “La chica está escuchando música en la radio”



9. “El señor está sacando una fotografía al paisaje”



10. “La pareja está viendo una película en la televisión”

Prueba 7. NIVEL PRAGMÁTICO

Instrucción: *Evaluación mediante observación de los pacientes e información disponible de cada uno de ellos.*

- *Utiliza gestos y expresiones faciales para comunicar*
- *Autocorrige sus enunciados, dándose cuenta de sus errores*
- *La información que emite es veraz*
- *La información que proporciona es adecuada en cuanto a cantidad*
- *Sus enunciados son claros y ordenados*
- *Mantiene el tema de conversación*
- *Reconoce cuando el interlocutor cambia de tema*
- *El diálogo con el interlocutor es ágil y rápido*
- *Su participación en la conversación es proporcional a la de los interlocutores*
- *No interrumpe a su interlocutor y habla en su turno*
- *Mantiene una escucha activa con su interlocutor*
- *Mantiene un contacto ocular adecuado con el interlocutor.*
- *Utiliza la mirada para comunicar que está atendiendo y para ceder y pedir el turno.*
- *Utiliza adecuadamente las normas de cortesía (saludos y despedidas, agradecimientos, peticiones “por favor”)*
- *Expresa opiniones o puntos de vista de forma asertiva.*

Anexo 4. Hojas de Registro.**Prueba 1. NIVEL FONÉTICO – FONOLÓGICO: EXPRESIÓN**

ÍTEM	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN 1 bien = 0,5
1. Boca			
2. Moto			
3. Plátano			
4. Casa			
5. Hierba			
6. Perro			
7. Dedos			
8. Tambor			
9. Orquesta			
10. Libro			
11. Zapato			
12. Playa			
13. Tormenta			
14. Frío			
15. Flan			
16. Guantes			
17. Niño			
18. Jarrón			
19. Queso			
20. Armario			
Puntuación total:			/10

Prueba 2. NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO: COMPRENSIÓN

ÍTEM	CORRECCIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN 1 bien = 1
1. GATO- CATO	Diferentes			
2. TELEVISIÓN- TELEVISOR	Diferentes			
3. PURÉ- PURÉ	iguales			
4. JUGAR- JUGAR	Iguales			
5. TAMBOR- TAMBIÉN	Diferentes			
6. COMER- COMER	Iguales			
7. PEDRO- PERRO	Diferentes			
8. OVEJA- OREJA	Diferentes			
9. PASTILLA- PASTILLA	Iguales			
10. TORNILLOS- TOBILLOS	Diferentes			
Puntuación total:				/10

Prueba 3. NIVEL SEMÁNTICO: EXPRESIÓN

ÍTEM	CORRECCIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN 1 bien = 1,5
1. Autobús	Autobús			
2. Silla	Silla asiento			
3. Manzana	Manzana fruta			
4. Tambor	Tambor instrumento			
5. Televisión	Televisión Tele ordenador			
6. Pinturas de colores	Pinturas de colores Pinturas lápices			
7. Cama	Cama			
8. Botella de agua	Botella de agua Agua botella			
9. Camiseta	Camiseta Camisa ropa			
10. Cepillo de dientes	Cepillo de dientes cepillo			
Puntuación total:				/15

Prueba 4. NIVEL SEMÁNTICO: COMPRENSIÓN

ÍTEM	CORRECCIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN 1 bien = 1,5
1. MANO-PIES	MANO			
2. BOLÍGRAFO- LIBRO	LIBRO			
3. ORDENADOR- RELOJ	ORDENADOR			
4. PLATO- PLÁTANO	PLATO			
5. RUEDA- BALÓN	RUEDA			
6. BOMBILLA- SOFÁ	BOMBILLA			
7. CABALLO- VASOS	CABALLO			
8. PANTALÓN- CALCETINES	CALCETINES			
9. PEINE- FLAN	PEINE			
10. PASTILLAS- SILLA DE RUEDAS	PASTILLAS			
Puntuación total:				/15

Prueba 5. NIVEL MORFOSINTÁCTICO: EXPRESIÓN

ÍTEM	CORRECCIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN S = 0,66 V = 0,66 O = 0,66
1.	S+V+O			
2.	S+V+O			
3.	S+V+O			
4.	S+V+O			
5.	S+V+O			
Puntuación total:				/10

Prueba 6. NIVEL MORFOSINTÁCTICO: COMPRENSIÓN

ÍTEM	CORRECCIÓN	RESPUESTA	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN 1 bien = 1
1. La chica se está peinando.	Verdad			
2. El niño está tocando el violín.	Verdad			
3. El señor tiene apoyada la cabeza en una mesa.	Mentira.			
4. La sandía está siendo comida por el bebé.	Verdad			
5. El señor está empujando la silla de ruedas.	Mentira			
6. El perro está hablando con la señora del abrigo rosa.	Mentira			
7. El señor está montando en la bicicleta.	Verdad			

8. La chica está escuchando música en la radio.	Mentira			
9. El señor está sacando una fotografía al paisaje.	Mentira			
10. La pareja está viendo una película en la televisión.	Verdad			
Puntuación total:				/10

Prueba 7. NIVEL PRAGMÁTICO

ÍTEM	SÍ	NO/ NO SIEMPRE	PUNTUACIÓN 1 bien = 2
<i>Utiliza gestos y expresiones faciales para comunicar</i>			
<i>Autocorrige sus enunciados, dándose cuenta de sus errores</i>			
<i>La información que emite es veraz</i>			
<i>La información que proporciona es adecuada en cuanto a cantidad</i>			
<i>Sus enunciados son claros y ordenados</i>			
<i>Mantiene el tema de conversación</i>			
<i>Reconoce cuando el interlocutor cambia de tema</i>			
<i>El diálogo con el interlocutor es ágil y rápido</i>			
<i>Su participación en la conversación es proporcional a la de los interlocutores</i>			
<i>No interrumpe a su interlocutor y habla en su turno</i>			
<i>Mantiene una escucha activa con su interlocutor</i>			
<i>Mantiene un contacto ocular adecuado con el interlocutor.</i>			
<i>Utiliza la mirada para comunicar que está atendiendo y para ceder y pedir el turno.</i>			
<i>Utiliza adecuadamente las normas de cortesía (saludos y despedidas, agradecimientos, peticiones “por favor”)</i>			
<i>Expresa opiniones o puntos de vista de forma asertiva.</i>			
Puntuación total:			/30